

Qualidade de Vida e Enfrentamento em Pacientes Submetidos à Hemodiálise

Glávia Rocha Viana

Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil

Marina Kohlsdorf*

Centro Universitário UniCeub / Hospital Materno-Infantil de Brasília – HMIB, Brasília, Brasil

RESUMO

O tratamento dialítico afeta aspectos físicos psicológicos, familiares e sociais dos indivíduos. O objetivo deste trabalho foi analisar estratégias de enfrentamento utilizadas como forma de lidar com demandas do tratamento dialítico, assim como avaliara qualidade de vida dos pacientes. A amostra foi composta por 40 pessoas em tratamento dialítico. Os instrumentos utilizados foram Questionário de Qualidade de Vida- SF-36 e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Os resultados obtidos indicaram importantes correlações entre aspectos emocionais, sociais e físicos em relação a estado geral de saúde, saúde mental e enfrentamento focalizado na emoção. Destaca-se a importância de intervenções psicossociais eficientes, que possam minimizar os custos comportamentais envolvidos no tratamento dialítico e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: qualidade de vida; enfrentamento; hemodiálise.

ABSTRACT

Quality of life and coping in patients undergoing hemodialysis

Hemodialysis treatment affects physical, psychological, family and social aspects of the individual. This paper's main goal was to analyze coping strategies used as a way to deal with demands in hemodialysis treatment, as well as evaluate patients' quality of life. The participants were 40 people in hemodialysis treatment. The instruments included were the Quality of Life Questionnaire (Portuguese version – SF 36) and the Ways of Coping Questionnaire (Portuguese version – EMEP). Results show relevant correlations between emotional, social, and physical aspects related to the general health state, mental health and emotion-focused coping. It is clear that efficient psychosocial interventions are needed, which may minimize behavioral costs involved in hemodialysis treatment and improve patients' quality of life.

Keywords: quality of life; coping; hemodialysis.

Atualmente, as doenças crônicas vêm despertando interesse de estudos nos profissionais de saúde, pelo fato de acometerem pessoas sem distinção de idade nem sexo e comprometerem diversas esferas psicológicas, emocionais e sociais dos pacientes. Por serem doenças complexas acarretam problemas devido à cronicidade, afetando a qualidade de vida do sujeito ao longo de sua existência ou de um período de tempo considerável (Martins & Cesarino, 2005).

Entre estas doenças está a doença renal crônica, que consiste em uma lesão nos rins, contribuindo para a perda progressiva e irreversível da função renal, ou

seja, os rins têm seu funcionamento renal diminuído ou finalizado, deixando de fazer a filtração das impurezas no organismo (Matta, 2000). Existem várias causas para o surgimento da doença renal crônica, tais como as glomerulonefrites, a hipertensão e a diabetes mellitus (Machado & Car, 2003; Martins & Cesarino, 2005). Diante dos vários sintomas apresentados pela doença renal crônica, o descobrimento em fase terminal desta doença torna-se cada vez mais raro, a partir de exames bioquímicos sistemáticos e clínicos que avaliam o nível de creatinina plasmática (Machado & Car, 2003; Martins & Cesarino, 2005). Este fato indi-

* Endereço para correspondência: Marina Kohlsdorf – marinak@unb.br

ca que geralmente o paciente portador de doença renal crônica conviverá muitos anos com esta condição, sendo necessária sua adaptação a este novo contexto de exigências em saúde.

Machado e Car (2003) e também Martins & Cesarino (2005) ressaltam que a dieta no tratamento da doença renal crônica varia de acordo com seu grau e o metabolismo de cada paciente, podendo haver restrições na quantidade de sal consumida, além de haver restrições dietéticas e hídricas, em que é aconselhável que o paciente beba somente quando estiver com sede, pois com a diminuição da função renal, os rins já não conseguem fazer a excreção dos líquidos, mesmo estando sob efeito da diálise, causando o risco de intoxicação pela água.

Existem alguns tratamentos disponíveis para as doenças renais terminais que não proporcionam a cura, mas aliviam os sintomas, por meio da substituição parcial da função renal: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI), hemodiálise (HD) e o transplante renal (TX) (Martins & Cesarino, 2005).

A diálise peritoneal é dividida em três tipos: a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e a diálise peritoneal automatizada (DPA), realizadas em domicílio ininterruptamente, de modo que o paciente só vai ao hospital para controle clínico mensal. Na DPA, o paciente só faz diálise em um momento durante o dia, de modo que esse procedimento é realizado todos os dias, através de uma máquina cicladora. O tratamento com a diálise peritoneal intermitente (DPI) consiste em sessões com duração de doze a vinte quatro horas, sendo realizada uma ou duas vezes por semana em um hospital (Carvalho, Melo, & Andraus, 2001).

Martins e Cesarino (2005) ressaltam que, apesar do desenvolvimento tecnológico no tratamento da doença renal crônica colaborar para a manutenção da sobrevivência nos pacientes renais crônicos, geralmente não é possível favorecer o retorno da qualidade de vida para estes pacientes, de modo que estes sujeitos vivenciam perdas e restrições no seu dia a dia, experimentando transformações biopsicossociais que acabam interferindo na sua qualidade de vida, como alterações corporais, perda do emprego, limitações dietéticas e hídricas.

Trentini, Corradi, Araldi e Tigrinho (2004) e também Matta (2000) e Santos (2006) abordam que, apesar desses pacientes muitas vezes serem resilientes, demonstram em geral poucas perspectivas para o futuro, pois essas pessoas defrontam-se constantemente com ameaças de perda de emprego ou até mesmo a aposentadoria por incapacidade, e que mesmo em condições melhores, não poderão permanecer no emprego, causando assim insegurança na estabilidade financeira.

Borges e Martins (2001) concordam com essa ideia ao destacar que, a partir da vulnerabilidade imposta pela doença, o sujeito tende a permanecer com o sentimento de inutilidade por ter que reduzir a carga horária ou até mesmo por não conseguir se manter no trabalho. Diante disto, a diálise faz com que o sujeito se torne dependente da máquina para sobreviver, tornando o seu dia a dia dominado pela doença, não só interferindo no trabalho, mas na sua subjetividade, com impacto no modo deste se relacionar com a família, interferindo em sua vida social e atingindo sua autoestima (Trentini et al., 2004).

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Karam, Guimaro, & Rodrigues, 2008). De acordo com Barbosa e Valadares (2009), os pacientes em tratamento de hemodiálise acabam perdendo a autonomia, se tornando dependentes da máquina de hemodiálise, prejudicando de forma relevante sua qualidade de vida.

Mendonça (2006) enfatiza que a qualidade de vida engloba o bem-estar físico, emocional e social dos indivíduos, de modo que um tratamento em saúde deve ser avaliado pelo paciente de acordo com o seu nível de satisfação com a terapêutica, incluindo seus planos para o futuro.

Pinto e Ribeiro (2000) referem ainda que o conceito de qualidade de vida é abstrato e complexo, pelo que se deve enquadrar numa avaliação individual, pois só o paciente é que pode dizer o que é para ele qualidade de vida, entendendo que cada um vivencia de uma forma diferente a qualidade de vida.

Santos, Martins e Cesarino (2005, *apud* Mendonça, 2006) destacam que as pesquisas sobre a qualidade de

vida feita com pacientes renais em tratamento com hemodiálise apontam que limitações físicas, a redução de atividades sociais e a sujeição a um tratamento longo e doloroso afetam significativamente a qualidade de vida do sujeito. Em um estudo comparativo de qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise e pacientes transplantados, os autores analisaram que os menores escores foram nos quesitos mentais e na vitalidade, enquanto os melhores escores foram os componentes de saúde física e limitações emocionais (Pereira, 2003, *apud* Mendonça, 2006).

Diante disto autores concluíram que a qualidade de vida percebida pelo paciente transplantado foi semelhante à de pessoas saudáveis e elevada quando comparados aos pacientes em tratamento com hemodiálise, indicando que após o transplante renal a QV do sujeito melhorou, proporcionando aos pacientes condições de recuperar aspectos físicos, psíquicos e sociais (Mendonça, 2006).

A família também é afetada com a doença de seu integrante, que compromete a organização e as funções familiares de modo que a dinâmica familiar passa por alterações para se adaptar às necessidades do membro portador da deficiência (Carreira & Marcon, 2003).

Nas famílias com membros portadores da doença renal crônica, o processo de adaptação da dinâmica familiar se torna constante, havendo a possibilidade de que essa necessidade de adaptação aumente de acordo com o desenvolvimento da doença, pois o paciente passa a lidar com as dificuldades físicas que prejudicam sua autonomia, impedindo de assumir os seus compromissos, exigindo da família grande dedicação (Carreira & Marcon, 2003).

Os pacientes com doença renal crônica acabam sendo obrigados a vivenciar um tratamento longo e doloroso que em conjunto com a doença e as dificuldades que surgem ao longo do tratamento provocam limitações e transformações tanto na qualidade de vida do sujeito quanto no seu grupo familiar, causando um grande choque (Higa, Kost, Soares, Moraes, & Polins, 2008).

Ao deparar-se com sua nova condição de vida, o paciente dependente da hemodiálise vivencia uma série de sentimentos e emoções que se originam da situação que agora se encontra. Estes eventos irão

contribuir para a construção de dispositivos de enfrentamento que o sujeito utilizará durante o processo de tratamento (Barbosa & Valadares, 2009).

Segundo Bertolin, Pace, Kusumota et al. (2007), a Psicologia aborda o estresse como uma condição com a qual o sujeito se depara em que há uma necessidade de adaptação. Este evento estressor pode ser de causa externa ou interna. Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis e Gruen (1986) ressaltam que o “enfrentamento refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo”.

No adoecimento, as estratégias de enfrentamento são mecanismos usados pelo paciente para que o custo psíquico da doença seja minimizado, de forma a obter uma melhor qualidade de vida. A construção destes dispositivos de enfrentamento dependerá do significado que o paciente atribui à doença (Bertolin, Pace, Kusumota, & Ribeiro, 2007).

O enfrentamento tem como objetivo ser um intercessor das respostas emocionais frente a uma situação aversiva, que influenciam a avaliação cognitiva do sujeito, afetando seu bem estar dentro do contexto em que este está inserido, atuando assim sobre suas estratégias de enfrentamento. Apesar disto a emoção também pode ser influenciada pela relação do indivíduo e o ambiente, de modo que se ocorrer alguma alteração nesta relação pode haver uma reavaliação do processo, podendo atuar no sistema da emoção (Bertolin et al., 2007).

De acordo com Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) existem duas classes básicas de estratégias de enfrentamento que agem de acordo com sua função: enfrentamento com ênfase na resolução do conflito e o enfrentamento com ênfase na emoção. No primeiro caso, o sujeito procurará encontrar formas de lidar ou transformar o conflito ou o evento que está desencadeando o estresse, a fim de manter domínio sobre a situação, ou ao menos minimizá-la, criando estratégias e planos para solucionar o problema. No segundo caso é o enfrentamento com foco na emoção, que tem como característica, fazer com que o indivíduo tenha condições de regular sua resposta emocional diante de um conflito ou de uma situação estressora, podendo incluir atitudes de esquiva ou negação.

Folkman et al. (1986) estacam que alguns autores compreendem o enfrentamento como uma resposta que o sujeito emite diante de eventos estressores específicos. Eles próprios consideram que, em algumas situações, as idiosincrasias da personalidade podem influenciar na construção de estratégias de enfrentamento.

Considerando as exigências às quais os pacientes são submetidos a partir do tratamento dialítico, constitui objetivo do presente estudo analisar as estratégias de enfrentamento adotadas como forma de reagir às demandas do tratamento dialítico, assim como mensurar construtos de sua qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 40 pacientes em tratamento dialítico, 18 do sexo masculino e 22 do sexo feminino, entre 18 e 65 anos de idade. Nesta amostra, 35 faziam o tratamento pelo SUS em uma Clínica particular conveniada com o governo e cinco faziam o tratamento por Convênio médico. O tempo mínimo de hemodiálise dos participantes correspondeu a sete meses e o tempo máximo a nove anos. A média de tratamento correspondeu a dois anos e oito meses (desvio-padrão 26,68 meses).

Local

A pesquisa foi realizada no ambulatório de um Instituto de Doenças Renais localizado em Brasília (Distrito Federal), instituição privada que atende, em média, 45 pessoas por dia no tratamento hemodialítico.

Instrumentos

Foi utilizado para a coleta de dados o teste SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item short – form health survey*) que mede a qualidade de vida dos indivíduos e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas EMEP, que detalha as estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes frente a um estressor específico.

Os instrumentos têm em vista obter informações que avaliem tanto aspectos positivos quanto negativos em relação às condições de saúde percebida pelo paciente, avaliadas pelo SF-36, e quais as estratégias que o

indivíduo utiliza como forma de enfrentamento, avaliadas pela Escala Modos de Enfrentamento de Problemas EMEP.

O SF-36 é um questionário genérico criado por Ware e Sherbourne, com versão em português traduzida e validada por Ciconelli, Ferraz, Meinão e Quaresma (1999). É um questionário multidimensional constituído por 36 itens, compondo 8 escalas divididas em capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As escalas variam de 0 (pior estado geral de saúde) a 100 (melhor estado de saúde).

A Escala Modos de Enfrentamento de Problemas EMEP foi criada por Vitaliano et al. (1985), traduzida e adaptada para o português por Gimenes e Queiroz (1997, *apud* Seidl et al., 2001). Essa Escala compreende o enfrentamento a partir de um conjunto de determinadas respostas a determinadas situações estressoras, tendo como objetivo medir as estratégias cognitivas ou comportamentais utilizadas pelo indivíduo diante de eventos estressores particulares. A Escala é composta por 45 itens, divididos em quatro fatores: estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca de suporte social. A EMEP é baseada em uma escala tipo Likert de 5 pontos, correspondentes a: 1 = Eu nunca faço isso; 2 = Eu faço isso um pouco; 3 = Eu faço isso às vezes; 4 = Eu faço isso muito; 5 = Eu faço isso sempre (Seidl et al., 2001).

Procedimento

Antes da aplicação do SF-36 e da EMEP, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), convidando os participantes a assinarem, além de serem apresentados os objetivos da pesquisa. Os instrumentos foram aplicados individualmente, no local em que o indivíduo faz acompanhamento, durante o procedimento de hemodiálise. A aplicação dos testes durou em média 30 minutos.

Cuidados Éticos

Com o propósito de garantir que os cuidados éticos sejam cumpridos de acordo com a Resolução 196/96 (Normas e Diretrizes que regem pesquisa envolvendo seres humanos), este trabalho foi submetido ao Comi-

tê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Brasília, a fim de garantir o bem estar do participante na pesquisa. As informações colhidas pelo pesquisador, como folhas de respostas, são de seu acesso exclusivo, garantindo o sigilo. O projeto foi aprovado sob protocolo 01556812.3.0000.0029, na data 13 de abril de 2012.

Análise de Dados

A análise quantitativa de dados foi feita através do programa estatístico SPSS para Windows na Versão – 16.0. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais, buscando correlações entre as variáveis qualidade de vida e enfrentamento.

RESULTADOS

A Tabela 1 refere-se aos resultados obtidos com o questionário Qualidade de Vida SF-36.

Tabela 1
Resultados obtidos no questionário SF-36

	Média	Desvio Padrão
Capacidade Funcional (CF)	55,12	22,03
Aspectos Físicos (AF)	29,63	37,33
Dor (D)	59,22	32,35
Estado Geral de Saúde (EGS)	47,67	26,96
Vitalidade (V)	53	22,86
Aspectos Sociais (AS)	60	28,06
Aspectos Emocionais (AE)	37,50	40,08
Saúde Mental (SM)	62,1	24,03

A Tabela 1 indica que o domínio de saúde mental (SM) apresentou média 62,1 com desvio padrão de 24,03, a maior pontuação. O domínio aspectos sociais (AS) teve média 60 com desvio padrão de 28,06 sendo a segunda maior pontuação, seguida pelo domínio dor (D) com média de 59,22 e com desvio padrão de 32,35, em seguida domínio capacidade funcional (CF) com média de 55,12 e com desvio padrão de 22,03.

Em ordem decrescente, o domínio vitalidade (V), com média de 53, e desvio padrão de 22,86, logo após o domínio estado geral de saúde (EGS) com média

47,67 e com desvio padrão de 26,96, em seguida aspectos emocionais (AE) com média de 37,50 e desvio padrão de 40,08 e por fim o domínio aspectos físicos com a menor média 29,63 e desvio padrão de 37,33. Os dois últimos domínios tiveram os menores escores indicando que a hemodiálise interfere significativamente no bem estar emocional e físico afetando a qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise. A Tabela 2 refere-se aos resultados obtidos na EMEP.

Tabela 2
Resultados obtidos na Escala Modos de Enfrentamento de Problema- EMEP

	Média	Desvio Padrão
Enfrentamento Focalizado no Problema (EEFP)	3,20	0,66
Enfrentamento Focalizado na Emoção (EEFE)	2,15	0,58
Práticas Religiosas (PR)	3,36	0,91
Busca de Suporte Social (BSS)	3,38	0,77

Os dados apresentados na Tabela 2 mostram que os participantes recorrem mais como estratégia de enfrentamento os fatores 1, 3 e 4, que são a busca de suporte social (BSS) que apresenta média de 3,38 e desvio padrão de 0,77. Em segundo lugar ficaram práticas religiosas com média de 3,36 e desvio padrão de 0,91, seguida por estratégias de enfrentamento focalizado no problema com média de 3,20 e desvio

padrão de 0,66, e, por fim, estratégias de enfrentamento focalizado na emoção tiveram a menor média com 2,15 e desvio padrão de 0,58, demonstrando que esse fator entre os participantes foi o menos utilizado.

A Tabela 3 indica resultados obtidos com a correlação entre Escala Modos de Enfrentamentos de Problemas – EMEP e com o questionário de Qualidade de Vida SF- 36.

Tabela 3

Correlação entre o questionário SF-36 e o EMEP

	EEFP	EEFE	PR	BSS	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE
EEFE	0,35*										
PR	0,46**	0,14									
BSS	-0,48**	-0,41**	-0,43**								
CF	0,96	-0,04	-0,04	0,27							
AF	0,48	-0,38*	-0,14	0,28	0,36*						
D	0,01	-0,11	-0,10	-0,09	0,37*	0,37*					
EGS	0,11	-0,33*	-0,19	-0,07	0,33*	0,50**	0,43**				
V	0,11	-0,15	-0,02	-0,00	0,37*	0,48**	0,47**	0,47**			
AS	0,05	-0,17	0,00	0,07	0,39*	0,51**	0,21	0,40*	0,39*		
AE	0,19	-0,11	-0,32*	0,17	0,39*	0,56**	0,22	0,26	0,35*	0,64**	
SM	0,36	-0,45**	0,26	-0,07	0,31	0,55**	0,22	0,53**	0,50**	0,52**	0,50**

EEFP= enfrentamento focalizado no problema; EEFE= enfrentamento focalizado na emoção; PR= práticas religiosas; BSS= busca de suporte social; CF= capacidade funcional; AF= aspectos físicos; D= dor; EGS= estado geral de saúde; V= vitalidade; AS= aspectos sociais; AE= aspectos emocionais; SM= saúde mental.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Estes resultados indicam correlações importantes entre as estratégias de enfrentamento e a qualidade de vida dos participantes. Os aspectos físicos (AF) com correlação de ($r = -0,38$; $p < 0,05$), o estado geral de saúde (EGS) com correlação de ($r = -0,33$; $p < 0,05$) e a saúde mental (SM) com correlação de ($r = -0,45$; $p < 0,01$), são alguns dos fatores do SF-36, que foram correlacionados negativamente com as estratégias de enfrentamento focalizado na emoção, sendo esta relação moderada. Em outras palavras, as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção possuem uma relação inversa com vários domínios da qualidade de vida.

Os dados indicam que houve uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre a saúde mental (SM) e as estratégias de enfrentamento

focalizado no problema as estratégias de enfrentamento focalizado no problema ($r = 0,36$; $p < 0,05$).

Foram avaliadas também as estratégias de enfrentamento focalizado no problema e práticas religiosas que alcançaram uma correlação positiva moderada ($r = 0,46$; $p < 0,01$), sugerindo que elas se integram na construção de estratégias de enfrentamento a hemodiálise. As estratégias de enfrentamento focalizado na emoção (AE) e os aspectos físicos obtiveram uma correlação positiva com os aspectos físicos (AF), sendo esta relação moderada ($r = 0,56$; $p < 0,01$).

Os aspectos emocionais (AE) também tiveram uma correlação positiva com os aspectos sociais (AS), demonstrando uma relação forte ($r = 0,64$; $p < 0,01$) indicando que os laços sociais é um importante requisito para o bem-estar emocional.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que na dimensão saúde física, o aspecto físico obteve a pontuação mais baixa, sendo esta área a mais afetada na qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise.

Atividades cotidianas como o trabalho, por exemplo, são comprometidos devido à debilidade da saúde física e a adesão ao tratamento, já que este consiste em fazer a hemodiálise três vezes por semana durante quatro horas ao dia, comprometendo desta forma a sua rotina e sua qualidade de vida, sendo este resultado condizente com a literatura como aborda Borges e Martins (2001), Trentini, Corradi, Araldi e Tigrinho (2004).

O estudo de Santos (2006) corrobora este resultado ao demonstrar que a dimensão do aspecto físico atingiu a pontuação mais baixa, sendo este resultado adquirido através do SF-36. Martins e Cesarino (2005) também evidenciam este resultado em sua pesquisa, mostrando que houve prejuízo nas atividades diárias e no trabalho devido a problemas na saúde física do sujeito.

A dimensão saúde mental apresentou baixa pontuação no aspecto emocional, demonstrando sua interferência na qualidade de vida do indivíduo. Estudos apontam que esta área é também bastante comprometida como ressalta a pesquisa de Martins e Cesarino (2005).

Em relação às estratégias de enfrentamento, as mais utilizadas pelos participantes foram a busca de suporte social, práticas religiosas e estratégias focalizadas no problema. De acordo com Barbosa e Valadares (2009), o paciente, ao enfrentar o evento estressor, tem que ser capaz de interagir e de se comunicar para não ficar refém de seus próprios valores e permanecer preso na crise. Diante disto, os resultados são condizentes com a literatura, já que os participantes recorrem mais à busca de suporte social para enfrentar o tratamento de hemodiálise.

Segundo Seidl et al. (2001), são possíveis duas formas básicas de estratégias de enfrentamento: focalizado no problema, que se faz presente quando o indivíduo tenta lidar ou transformar o conflito que está vivenciando no momento, e a outra estratégia é o enfrentamento embasado na emoção, em que o indivíduo

pode ter uma atitude de esquiva ou negação diante do conflito. Os participantes deste estudo tiveram pontuação elevada na estratégia de enfrentamento focalizado no problema; a busca por suporte social e a religiosidade também foram apontadas pelos pacientes como estratégias relevantes para o enfrentamento, tendo em vista as médias obtidas na análise dos dados. Por outro lado, estratégias focalizadas na emoção foram pouco referidas em comparação com os demais fatores da EMEP, dados sugestivos sobre a suposta preferência dos participantes por estratégias que possam promover a busca ativa por melhor qualidade de vida e melhor controle sobre os sintomas e o tratamento.

Os resultados obtidos destacam a necessidade de se conhecer a realidade do paciente submetido à hemodiálise, que devido a essa enfermidade possui diversas limitações físicas, as quais acabam afetando o aspecto emocional, psicológico, familiar e social. Além disso, o psicólogo pode estar desenvolvendo, com os demais profissionais de saúde e família, um protocolo terapêutico interdisciplinar que viabilize o fortalecimento da rede desses pacientes, tanto em termos de suporte social e familiar quanto operacional por parte do Estado já que estes em razão da doença encontram-se muitas vezes fragilizados e com profundos prejuízos sociais, econômicos e profissionais.

REFERÊNCIAS

- Barbosa, G. S., & Valadares, G. V. (2009). Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. *Revista da escola Anna Nery de Enfermagem*, 13(1), 17-23.
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Ribeiro, R. C. H. M. (2008). Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (número especial), 179-186.
- Borges, L. P., & Martins, D. G. (2001). Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida? *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 29(1), 42-58.
- Carreira, L., & Marcon, S. S. (2003). Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de doença renal crônica e seus familiares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(6), 823-831.
- Carvalho, I. M., Melo, R. L., & Andraus, L. M. S. (2001). Produção científica de enfermagem em nefrologia, no Brasil, no período de 1989 até 1999. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3(2), 20-25.

- Ciconelli, R. M., Ferraz M. B., Santos W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLonguis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1.003.
- Higa, K., Kost, M. T., Soares, D. M., Morais, M. C., & Polins, B. R. G. (2008). Qualidade de vida de pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(supl.), 203-206.
- Karam, A. M., Guimaro, C., & Rodrigues, D. L. (2008). Abordagem Psicológica do Paciente Submetido a Transplante de Órgãos. In P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Orgs.), *Psicologia e Humanização Assistência aos Pacientes Graves*. São Paulo: Atheneu.
- Machado, L. R. C., & Car, M. R. (2003). A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: Entre o inevitável e o casual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(3), 27-35.
- Martins, M. R. I., & Cesarino, B. C. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5), 670-676.
- Matta, G. C. (2000). Da doença renal ao renal crônico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10(1), 65-100.
- Mendonça, A. E. O. (2006). *Qualidade de vida medida pelo "WHOQOL-bref": estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal*. (Dissertação de mestrado não publicada). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2000). A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(1), 11-19.
- Santos, R. P. (2006). Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(5), 356-359.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise Fatorial de uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Trentini, M., Corradi, E. M., Araldi, M. A. R., & Tigrinho, F. C. (2004) Qualidade de vida de pessoas dependente de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(1), 74-82.

Recebido em: 12/09/2012

Última revisão em: 04/04/2014

Aceito em: 17/04/2014